Über

Ovarial-Hernien.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Nicolaus Steinel
cand. med. aus Gross-Wendern.

München 1896.
Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Über

Ovarial-Hernien.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Nicolaus Steinel
cand. med. aus Gross-Wendern.

München 1896.
Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Facultät zu München.

Referent: **Herr Prof. Dr. O. Angerer.**

Seinen lieben Eltern

aus

Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Von allen chirurgischen Leiden, die einem Arzte zur Behandlung kommen, nehmen die Brüche (Hernien) eine der ersten Stellen ein.

Unter Bruch versteht man den Austritt eines Eingeweides aus der Bauchhöhle nach der Oberfläche oder nach einer andern Höhle, wobei das vorgelagerte Eingeweide noch von der die Innenfläche der Bauchhöhle auskleidenden serösen Haut umgeben ist. Zu den Bestandteilen einer ausgebildeten Hernie gehört auch ein Bruchinhalt. Derselbe kann wohl von allen Organen, die sich in der Bauchhöhle befinden, gebildet werden.

Am häufigsten findet sich der am freiesten bewegliche Dünndarm und das Netz in dem Bruchsack, und zwar steht es sicher fest, dass bei einem und demselben Bruche nicht immer wieder eine andere, sondern stets die gleiche Darmschlinge sich verlagert, mag man sie noch so oft und noch so gründlich reponieren.

In grossen Leistenhernien ist bisweilen der grösste Teil des Dünndarms enthalten, die unterste Stelle des Ileum natürlich nur dann, wenn auch das Coecum tiefer getreten ist. Bei den kleineren Darmbrüchen ist gewöhnlich eine kurze Darmschlinge der Inhalt, an der man einen zu- und abführenden Schenkel unterscheiden kann. In manchen kleinen Bruchsäcken findet man den Darm nicht in seinem ganzen Umfang, sondern nur mit einem Teil seiner Wandung vorgetreten. Solche Brüche heissen Darmwandbrüche.

Ein weiterer häufiger Bestandteil eines Bruchinhaltes ist der Dickdarm, dessen verschiedene Abschnitte auch wesentliche Unterschiede beim Auftreten in Hernien bilden.

Wenn der Blinddarm mit einem sehr langen Mesenterium (Mesocoecum) versehen ist, und ausserdem auch ein Teil des Colon ascendens, durch welches er fast in seiner Lage festgehalten wurde, ein Mesocolon besitzt, so kann er ganz in derselben Weise wie eine Dünndarmschlinge in einen Bruchsack eintreten. Die Bruchpforte muss in einem solchen Falle ziemlich weit sein. Wenn dagegen das Mesocoecum kurz ist, und ein Mesocolon dem Colon ascendens ganz oder fast ganz fehlt, so kann der Blinddarm nur unter gleichzeitiger Verschiebung des den aufsteigenden Dickdarm befestigenden Teiles des Peritoneum parietale in einen Bruch eintreten. Die genannten Teile des Darmkanals rücken dann samt dem sie umschliessenden Teile des Bauchfelles als ein Ganzes abwärts. Ihre relative Lage zu einander und zum Bauchfell (d. h. nun zum Bruchsack) bleibt ganz dieselbe. Ist der Blinddarm in den Bruch eingetreten, so wird er auch in derselben Weise, wie er in der fossa iliaca durch Bindegewebe befestigt war, jetzt nach Veränderung seines Orts, im Hodensack oder der Schenkellücke angelöthet. Da aber der Blinddarm mit dem Colon asc. in seinem ganzen Umfange zusammenhängt, so kann er unter diesen Verhältnissen entweder gar nicht oder doch nicht in gehöriger Weise reponiert werden. Denn wenn man das vorgelagerte Stück des Colon ablöste und zurückschöbe, so würde man demselben dicht hinter der Bruchpforte eine solche Knickung geben, dass seine Durchgängigkeit im höchsten Grad gestört werden müsste.

Der Wurmfortsatz befindet sich gewöhnlich gemeinsam mit dem Blinddarm im Bruchsacke; beim Colo-Coecalbruch

kann er niemals fehlen. Für sich allein liegt er nur äusserst selten in einem Bruche. Eine völlig einleuchtende Erklärung für die Entstehung eines Bruches, welcher ausschliesslich den Wurmfortsatz enthält, lässt sich noch nicht geben, vielleicht bestand in solchen Fällen eine Verwachsung der Spitze des Wurmfortsatzes mit dem Peritoneum parietale, so dass jener folgen musste, wenn dieses hervorgezogen wurde. Diese Verwachsung hätte sich dann wieder gelöst.

Aehnlich wie bei den Blinddarmbrüchen sind auch beim Blasenbruch die Lageverhältnisse der einzelnen Teile zu einander und zum Bruchsack gestaltet.

Für die Entstehung eines Blasenbruches setzt man eine krankhafte Beschaffenheit der Blase voraus: sie muss entweder Divertikel besitzen oder weit und schlaff sein, Zustände, wie sie durch die Gewohnheit, den Harn lange zurückzuhalten, die Retentio urinae bei Strikturen der Harnröhre und bei Prostatageschwülsten, endlich durch die stärkere Ausdehnung ihrer Seitenteile während der Schwangerschaft bedingt werden.

Diagnostiziert wird ein solcher Blasenbruch dadurch, dass sich die Geschwulst infolge des Harnlassens verkleinert, dass der Harn durch Druck auf dieselbe mittels der Hand sich entleert, und dass sich im Harn beim Stehenlassen infolge der Zersetzung innerhalb des Bruchdivertikels ein Niederschlag zeigt.

Die Prognose ist für die frischeren Fälle, die man reponieren kann, günstig; die länger bestehenden Fälle, und das sind die Mehrzahl, lassen sich infolge der Unbeweglichkeit der dislocierten Blase nur operativ heilen.

Das Colon descendens ist fixiert und gelangt gleich dem Colon asc. nur dann in Brüche, wenn sie durch tiefer gelegene Darmteile unter Lockerung der Anheftung auf der

fascia iliaca nach abwärts gezogen werden oder wenn sie abnormer Weise ein Mesocolon haben.

Dahingegen wird das S. Romanum nicht selten als Bruchinhalt auf der linken Seite, bisweilen auch auf der rechten gefunden, da dasselbe eine lange mit einem Mesocolon ausgestattete Schlinge von ziemlich grosser Beweglichkeit bildet.

Der Magen wird zwar häufig in Zwerchfellsbrüchen, manchmal in Brüchen der Linea alba gefunden, aber nur selten (bei vollständiger Eventration) in Leistenbrüchen beobachtet.

Ebenso werden die übrigen Eingeweide der Bauchhöhle: Leber, Milz, Pankreas, Nieren, zwar hie und da in Brüchen des Zwerchfells gefunden, dagegen ist noch kein Fall beschrieben, wo sie sich in Leisten- oder Schenkelbrüchen gefunden hätten, wohl aber sind der Uterus und die Tuben schon zu wiederholten Malen beobachtet worden.

Zu den seltensten und gewiss nicht zu den unwichtigsten Arten der Hernien gehören diejenigen, deren Inhalt von den Ovarien gebildet werden, dennoch werden dieselben in den meisten Lehrbüchern der Chirurgie und in Spezialwerken über Hernien sehr kurz abgehandelt; man beschränkt sich meist auf Anführung einzelner Fälle, welche gleichsam als Muster dienen sollen. Ein Umstand wird dabei sehr wenig betont, nämlich dass Ovarialhernien, wenn sie von Einklemmungserscheinungen begleitet sind, bezüglich der Diagnose die grössten Schwierigkeiten bilden. Denn so einfach es ist, die Diagnose einer solchen Hernie zu machen, so lange das Ovarium normal ist, normal funktioniert, so schwierig ist es, eine Diagnose zu stellen, wenn dieses nicht der Fall ist.

Englisch hat alle bisher in der Litteratur beschriebenan Fälle zusammengestellt und äussert sich selbst folgendermassen darüber:

„Vergleicht man die Fälle, so wird man sehen, wie oft bei der geringen Anzahl der bis jetzt überhaupt beobachteten Fälle eine falsche Diagnose gemacht wurde, und man sich deswegen zu einer Operation entschloss, die in manchen Fällen hätte vermieden werden können. Andererseits wurden manche der Beobachter erst durch einen Irrtum in der Diagnose zur genaueren Beobachtung der Fälle aufmerksam gemacht und fanden so später andere Fälle der Art."

Durch die Güte des Herrn Professor Dr. Angerer, Professor der Chirurgie an der Universität München, bin ich in der Lage zwei Fälle an Ovarialhernien, die in seiner Klinik operiert wurden, mitteilen zu können. Ferner hatte ich durch die Freundlichkeit des Herrn Dr. Kahlert in Wunsiedel Gelegenheit, bei der Operation einer solchen Ovarialhernie anwesend zu sein.

Bevor ich jedoch auf die Besprechung dieses letzteren Falles, der auch die Veranlassung zu dieser Arbeit gegeben hat, eingehe, möchte ich die beiden anderen vorausschicken.

Fall I. Hernia labialis ovarialis sinistra.

Trauner Therese, 40 Jahre alt, kathol. Konf., verheiratet, Häuslersfrau in Oberkreuzberg, 8 Geburten. Patientin war zugereist und trat am 30. I. 92 in die chirurgische Klinik in München.

Der Status war bei ihrer Aufnahme folgender; Patientin zeigte mittleren Köperbau bei mässiger Ernährung, die Haut war etwas anämisch.

Links vom mitteren Leistenring ausgehend, zeigte sich eine über kindskopfgrosse Geschwulst von birnförmiger Gestalt, die elastisch war, überall tympanitischen Schall gab; dabei konnte man deutliches Darmgurren wahrnehmen. Die Geschwulst ging nach oben in den Leistenkanal über, die

Haut war etwas verdünnt, und zeigte erweiterte Venen. Die Geschwulst war auf Druck nicht empfindlich.

Nach ausgiebigen, durch Abfuhrmittel erzielten Stühlen liess sich der Bruch reponieren, ein Stück Netz schien zurückzubleiben und war als dicker Wulst zu fühlen, der Leistenring war für vier Finger durchgängig. Bei der folgenden Untersuchung liess sich auch das Netz vollständig reponieren.

Patientin leidet seit ca. zwanzig Jahren an einem linksseitigen Leistenbruch, der sich allmählich vergrösserte, ohne dass Patientin jemals davon belästigt worden wäre, auch trug sie nie ein Bruchband. Schon vor einem Jahr soll der Bruch ca. zwei Faust gross gewesen sein, doch will sie ihn noch immer bis vor Weihnachten zurückgebracht haben.

Die ersten Symptome waren folgende: Ende Dezember bekam Patientin angeblich infolge von Erkältung bei anstrengender Arbeit eine Entzündung am Bruch und zugleich eine bedeutende Vergrösserung des Bruches. Heftige Schmerzen waren die Begleiterscheinung.

Seit der Zeit konnte sie den Bruch nicht mehr ganz zurückbringen. Wenn der Bruch sehr gross, bekam sie ziehende Schmerzen und manchmal Uebelkeit.

Die Operation erfolgte am 3. Februar 1892. Operateur war Herr Professor Dr. Angerer.

Zuerst wurde ein Längsschnitt über den Bruchsack bis zum Leistenring gemacht, sodann das Peritoneum auf der Hohlsonde eröffnet. Nach derselben sieht man in den Bruchsack hinein eine ringförmige Peritonealfalte mit einem Durchmesser von ca. 5 cm mit scharfen, aber stark verdickten Rändern sich vorwölben, in derem Grunde in etwa 8 cm Tiefe eine Dünndarmschlinge sichtbar wird. Die Peritoneal-Dupplikatur ist nur 4 cm breit, setzt sich nach unten in den Bruchsack fort, der sich sehr leicht stumpf ausschälen lässt,

nach oben in den Leistenkanal und in die Bauchhöhle. Auf der hintern Seite, 1 cm unterhalb des scharfen Randes, liegt das Peritoneum vorwölbend, ein ovoider Körper, der als Ovarium erkannt wird. Dasselbe erscheint bedeutend mehr vascularisiert als die Umgebung, ist platt geformt, von einer Dicke von etwa $1^1/_2$ cm, also etwa ums Doppelte vergrössert.

Das Ovarium lässt sich gut mit dem Peritoneum und dem ganzen Ring in die Bauchhöhle zurückschieben, gleitet aber sehr leicht wieder heraus. Der abgelöste Bruchsack wird hart an der Peritoneal-Dupplikatur abgeschnitten, die Dupplikatur reponiert, der weite Bruchring durch sieben Nähte mit Catgut verschlossen, und die Wunde breit vernäht; im unteren Wundwinkel wird Silk eingelegt.

Beschreibung des Präparates: Der glatte Körper entspricht offenbar dem Ovarium, dem entspricht der einfache Peritonealüberzug. Der Ring stellt wahrscheinlich nur das verdünnte lig. latum vor; gegen die Annahme der Tube spricht, dass keine Fimbriae zu sehen waren, keine Erweiterung, die wahrscheinlich bei Verwachsung der Tube eingetreten wäre, ferner findet sich die Tube bei erworbenen Ovarialhernien nie im Bruchsack.

Der Status beim Austritt war folgender: Die Wunde war gut verheilt, es bestand eine derbe Narbenmasse. Der Hautüberschuss glich sich bereits etwas aus. Patientin musste ein doppeltes Bruchband tragen. Der Uterus zeigte sich etwas sinistroponiert; im Uebrigen wurde die Patientin als geheilt entlassen.

Beilage zur Krankengeschichte:

Temperaturen:

30.	I.	36,9		
31.	I.	36,5 Vorm.	38,8	Nachmitt.
1.	II.	36,3	37,0	

2. II.	36,4	37,0	
3. II.	36,7	36,8	Tag der Operation.
	(Langdauerndes Erbrechen nach Narkose.)		
4.	37,4	37,7	
5.	37,5	38,2	
6.	37,7	37,6	
7.	37,3	37,9	Oedem des etwas prominierenden labium majus.
8.	37,2	38,0	
9.	37,5	37,8	Verbandwechsel.
10.	36,6	38,2	
11.	37,3	37,7	
12.	36,4	37,8	
13.	37'1	37,1	
14.	36,6	37,0	
15.	36,8	37,4	
16.	36,9	37,1	
16.	36,3	37,0	
18.	36,4		

Fall II. Weber Maria, 30 Jahre alt, kath. Konfession, Krämersfrau in Heidenburg. Patientin war zugereist und wurde am 7. III. 1894 in die chirurgische Klinik aufgenommon.

Patientin leidet, seit sie sich erinnern kann, an einer kleinen Geschwulst in der linken Leistengegend, die ihr seit ca. 10 Jahren besonders nach der Regel heftige Schmerzen macht und in der Grösse sehr schwankt, jedoch ohne Zusammenhang mit der Regel. Patientin ist seit dem 12. Jahre menstruiert, die Menses sind unregelmässig und gehen stets mit heftigen Schmerzen anf der rechten Seite einher. Patientin ist seit 19 Jahren verheiratet; ihre Ehe ist kinderlos.

Status bei der Aufnahme: Patientin ist gracil gebaut, von mittlerer Ernährung.

In der linken Inguinalgegend direkt bei dem Leistenring befindet sich eine halbwelschnussgrosse harte Geschwulst, die gut verschieblich ist, mit einem breiten Stiel aber in den Leistenkanal zieht, aus dem beim Husten deutlich Darm anschlägt.

Die Operation erfolgte am 8. III. 94.

Es wurde ein Längsschnitt über die Geschwulst gemacht und dieselbe isoliert, sodann der Bruchsack stumpf eröffnet, worauf deutlich das Ovarium sichtbar wurde. Durch Zug liess sich deutlich ein Stück Tube sichtbar machen. Es wurde die Reposition gemacht, sodann der Leistenring vollständig vernäht. Zum Schluss wurde ein Colodium-Verband angebracht.

Temperaturen:

9. III.	37,2 Vorm.	37,3 Nachm.	
10.	36,8	37,4	
11.	36,9	37,3	
12.	36,9	36,8	
13.	36,2	36,6	
14.	36,0	36,9	
15.	36,2	37,2	
16.	36,5	47,3	Verbandwechsel. Nähte entfernt.
17.	36,7	37,1	
18.	36,5	per primam verheilt, Narbe fest, san. dimiss.	

Nunmehr komme ich zu dem Fall aus der Praxis des Herrn Dr. Kahlert, prakt. Arztes in Wunsiedel, Oberfranken.

Küspert Anna Barbara, Landwirtsfrau, 48 J. alt, Grosswendern, Oberfranken; prot., 8 Geburten; 2 Knaben gestorben, 6 Kinder am Leben.

Patientin hat seit 14 Jahren in der linken Leistengegend eine Geschwulst, als sie zum sechsten Mal gravida war, bemerkte sie schon; „das es ihr nicht so sei, wie bei früheren Schwangerschaften. Nach der erfolgten Geburt (ein Knabe) trat die Geschwulst deutlich zum Vorschein.

Zuerst war die Geschwulst wallnussgross und liess sich auch gut zurückbringen, mit der Zeit ging das schwerer, durch warme Umschläge sei es aber immer gelungen. Insbesondere ging das Reponieren schwer, wenn sie sich erkältete oder wenn sie längere Zeit stand und arbeitete. Im Lauf der Jahre hat sich die Geschwulst etwas vergrössert. Ein Bruchband wurde früher nie getragen, weil es Patientin nicht ertragen konnte.

Seit einer Reihe von Jahren konnte nur mehr eine Verkleinerung der Geschwulst, kein vollständiges Verschwinden erzielt werden, und ein Teil der Geschwulst konnte überhaupt nicht mehr zurückgebracht werden. Zeitweise traten in der Geschwulst Schmerzen auf, ob mit den Menses, die seit dem 13. Jahre bestehen, zusammenhängend, vermag Patientin nicht mit Bestimmtheit anzugeben, jedoch glaubt sie beobachtet zu haben, dass zur Zeit der Menses die Geschwulst etwas an Grösse zunahm.

Die Geschwulst fühlte sich immer fest an. In der letzten Zeit hatte sie öfter ziehende Schmerzen im Leib, häufig Mutterkrämpfe und fast beständig Beschwerden beim Urinieren. Während der beiden letzten Schwangerschaften will sie keine besondere Schmerzen und Beschwerden gehabt haben.

Seit 15. Dezember 1895 trat eine merkliche Verschlimmerung an der Stelle der Geschwulst ein. Dieselbe war schmerzhafter geworden und stärker angeschwollen; an nie

Zurückbringen von seiten der Patientin war nicht mehr zu denken.

Als Ursache dieser Verschlimmerung gibt sie an, dass sie angestrengt beim Getreidedreschen thätig war, wobei sie sich etwas verkältete, da genannte Arbeit bei kaltem, schlechtem Wetter vorgenommen werden musste.

Schon am 14. Dezember sei sie nicht mehr recht auf den Beinen gewesen, am 15. habe sie einen Gang gemacht, und auf dem Heimweg sei ihr das Gehen schwer geworden, doch habe sie sich noch nicht schwer krank gefühlt.

Als sie heimkam, ging es nicht gleich, sondern erst nach 3 Stunden los; es hat sie etwas gefroren, es wurde ihr übel, sie bekam Brechreiz; sie konnte auch nichts mehr essen. Am 15. XII. früh, hatte sie etwas Stuhlgang und zwar Durchfall, hernach nichts mehr. Der ganze Bauch wurde wie „geschwürig“ und aufgebläht.

Sie machte warme Umschläge, Fetteinreibungen und suchte die Geschwulst vergeblich zurückzubringen.

Deshalb bestellte sie am 16. XII. telegraphisch Herrn Dr. Kahlert aus Wunsiedel.

Der Befund war beim Eintreffen des Arztes folgender (ich gebe hier die Worte des Arztes selbst wieder).

Mittelgrosse Frau, von schwacher Konstitution, mit geringer Muskel- und Fettentwicklung, liegt unruhig im Bett, sich von der einen Seite zur andern wälzend. Gesichtsausdruck leidend, Schweiss auf der Stirn, Aufstossen, Brechreiz, kein Stuhlgang, auch kein Flatus, Zunge belegt, viel Durst, Bauch aufgetrieben und druckempfindlich. In der linken Leistengegend apfelgrosse Anschwellung, schmerzhaft, sich fest anfühlend.

Hernia inquinalis sinistra. Inhalt: Netz und Darm.

Durch lang anhaltende, vorsichtige Repositionsversuche,

gelang es mir die Geschwulst etwas zu verkleinern, aber nicht vollständig zum Schwinden zu bringen. Da darnach die stürmischen Einklemmungserscheinungen zum grossen Teil geschwunden waren, hielt ich mich für berechtigt, die Patientin wieder zu verlassen. Ich hatte eben die feste Ueberzeugung, dass der Inhalt des Bruches Netz- und Darmstücke seien. Der Darm war reponiert, der zurückbleibende Teil nach meiner Ansicht Netz, das schon seit vielen Jahren in dem Bruchsack angewachsen und selbstverständlich auch nicht mehr zu reponieren war.

Bereits nach 2 Tagen am 18. XII. 95 wurde ich abermals telegraphisch zu dieser Patientin gerufen und fand ich dieselben Erscheinungen wie das letztemal, nur war die Schmerzhaftigkeit der Geschwulst eine grössere und die Geschwulst fühlte sich an einer Stelle ganz leicht fluktuierend an, die Haut darüber war etwas gerötet. Repositionsversuche durfte ich nach Lage der Dinge natürlich nur kurze Zeit machen und entschloss ich mich zur Operation.

Operation: Hautschnitt über die Mitte der Geschwulst in der Richtung von aussen oben nach innen unten (grösste Längenausdehnung) 10 cm lang. Weitere Durchtrennung unter Führung der Hohlsonde von innen nach aussen.

Nach Durchtrennung der Haut fand ich schon den Bruchsack auffallend stark und durch Bindegewebsschichten mit der Umgebung verwachsen. Mit grösster Sorgfalt musste ich von diesen Bindegewebsschichten eine nach der andern über die ganze Geschwulst bis zur Bruchpforte zurückpräparieren, was mir viel Mühe verursachte, aber vergebens suchte ich nach einem Bruchsack und vergebens bemühte ich mich, unter den Bindegewebsmassen ein Stück Darm oder Netz zu erkennen; bald wurde es mir klar, dass die Verhältnisse im vorliegenden Fall ganz eigner Natur waren.

Ich sann hin und her, was zu thun sei; weiteres Eingreifen mit dem Messer wagte ich nicht, bevor ich mir nicht über die Verhältnisse klar war.

Zum Glück kam ich auf den Gedanken, durch eine Untersuchung per vaginam mir Aufklärung zu verschaffen, was mir auch gelang.

Der Uterus war nach links verzogen, und zwar der Körper desselben; die Portio hingegen war nach rechts gewandt. Vom Uterus aus war ein schmerzhafter Strang bis in die Geschwulst der linken Leistengegend hinein zu fühlen, und während ich das rechte Ovarium deutlich abtasten konnte, fehlte es auf der linken Seite. Wo war es nun? Es konnte nirgends anders sein als in dem Bruchsack.

Jetzt konnte ich auch herzhafter die begonnene Operation weiterführen, ich brauchte mich nicht vor einer Verletzung des Darms zu fürchten, da der unter den abpräparierten Hüllen mir bis jetzt unbekannte Körper weiter nichts sein konnte als das entzündlich veränderte linke Ovarium.

Auf einen etwas tieferen, senkrechten Einschnitt entleerte sich eine Flüssigkeit, die eine Mischung von Eiter und Sulze darstellte, und die als Inhalt einer Ovarialcyste aufzufassen war. Diagnose Ovarialhernie stand fest.

Da die Frau in einem Alter war, wo Konception nicht mehr wahrscheinlich ist, da ausserdem das Ovarium stark entzündlich entartet war, hielt ich es für dringend nötig, die Exstirpation des Ovariums vorzunehmen, bei der ich mit aller Vorsicht zu Werke ging, da, soviel ich aus den Einklemmungserscheinungen schliessen zu können glaubte, ausser dem Ovarium wahrscheinlich noch Darm im Bruchsack sich befand.

Ich zog das Ovarium kräftig vor und konnte es dann leicht an seinem wahrscheinlich durch Peritonealfalten ge-

bildeten Stiel abtragen nach vorheriger Fixation und Unterbindung durch starke Seidenfäden. Neben diesem künstlichen Stiel des Ovariums war eine Dünndarmschlinge eingeklemmt, die ich ohne Bedenken reponieren durfte, was nach Abtragung des Ovariums sehr leicht gelang.

Damit war die Operation beendigt. Einen Verschluss der Wunde wagte ich nicht, da schon peritonitische Reizerscheinungen da waren und es schloss sich auch wirklich eine mehrere Wochen anhaltende Peritonitis an.

Aus der Operationswunde entleerte sich wochenlang dünnflüssiger Eiter. Als die Peritonitis abgelaufen war, bekam Patientin eine linksseitige Pleuritis. Beide Krankheiten wurden gut überstanden, und gegenwärtig ist Patientin so gesund wie nie zuvor.

Die Operationswunde vernarbte gut, nur muss Patientin jetzt ein Bruchband tragen.

Möge dieser äusserst lehrreiche Fall so manchem Kollegen in gleicher Lage Nutzen bringen.

Soweit der dritte Fall.

Aus den Untersuchungen, die Englisch an den 38 Fällen, die er zusammenstellte, machte, geht hervor, dass weitaus die Mehrzahl von Ovarialhernien Leistenhernien sind, und darunter sind die rechtsseitigen die häufigeren.

Bezüglich der Aetiologie fand er, dass die Zahl der angebornen gleich ist der der erworbenen, ferner dass angeborne Ovarialhernien sich nur bei den Leistenhernien finden, während die übrigen Arten, als Cruralhernien des Foram. obturat. und ischiadic. alle in den späteren Jahren aufgetreten sind, also zu den erworbenen zählen.

Nach seinen Untersuchungen ergibt sich die auffallende Thatsache, dass alle bilateralen Leistenhernien der Ovarien

angeboren sind, während die einseitigen nur zum grössten Teil angeboren sind.

Aus diesen Betrachtungen ergeben sich wichtige Schlüsse inbezug auf die Ursachen, welche dem Auftreten der Hernie zu Grunde liegen, und ferner wichtige Aufschlüsse zur Beurteilung der Streitfrage über die Zeit des Auftretens der Bruchsäcke. Auch hier verdienen die angebornen doppelseitigen Leistenbrüche eine besondere Beachtung.

Von den meisten Autoren, die über diesen Gegenstand geschrieben haben, wird die Aehnlichkeit zwischen dem Descensus testiculi und der Bildung von Leistenbrüchen der Ovarien betont, eine Ansicht, die auch noch durch die Entwicklungsgeschichte bekräftigt wird.

Sobald sich die verschiedenen Geschlechter differenziert haben, beginnt bei beiden die Wanderung der Geschlechtsdrüsen; beim männlichen Geschlecht treten sie durch die Bauchdecke hindurch bis in den Hodensack; beim weiblichen aber senken sich dieselben erst später in das kleine Becken, wo sie normal das ganze Leben hindurch verweilen. Abnormer Weise aber können sie durch einen ähnlichen Vorgang wie beim desc. testiculi durch die Bauchwand hindurch in die grossen Schamlippen gelangen, und so entstehen die doppelseitigen Leistenhernien der Ovarien.

Die Entstehung ist daher bedingt durch eine Störung des Vorgangs, durch welchen das Ovarium von seinem Entstehungsplatze an seinen bleibenden Ort geführt werden soll.

Tritt dies nur an einer Seite ein, so entsteht die einseitige Ovarialhernie. In diesen Fällen sind die übrigen Geschlechtsorgane normal ausgebildet, in anderen Fällen dagegen liegt der Grund zur Entstehung der Brüche in einer mangelhaften Differenzierung der Geschlechter, wobei gleichzeitig Missbildungen der Geschlechtsteile sich vorfinden.

Diese beiden Faktoren, die Missbildung einzelner Geschlechtsteile und das fehlerhafte Herabsteigen der Ovarien beschuldigt man als Ursachen für die Entstehung der angebornen Ovarialhernien; für die übrigen an Zahl geringeren, erworbenen Ovarialhernien, die erst in späterer Zeit auftreten, gibt irgend eine Gewalteinwirkung die Ursache ab; es sind dies meist körperliche Anstrengungen, die entweder durch ihre wiederholte oder auch durch einmalige Einwirkung den Bruch verursachen, wobei natürlich wie bei jeder anderen Hernie ein Bruchsack schon vorgebildet sein muss.

Für diese Lageveränderung der Eierstöcke muss man nach v. Winckel aber erst eine gewisse Praedisposition derselben annehmen, die in Nachgiebigkeit des lig. infundibulo-pelvicum und bei vielen ausserdem in einer gewissen Länge des lig. ovaric. besteht.

In einigem Zusammenhang mit der Entstehung der Ovarialhernien steht auch der Inhalt derselben. Dieser wird gebildet vom Ovarium allein, vom Ovarium und der Tube, und endlich von dieser und einem Darm- oder Netzstücke. Während man in den angebornen, soweit sie zur Untersuchung kamen, Ovarium und Tube gefunden hat, findet sich in den erworbenen meist das Ovarium allein vor.

Die Komplikation der Ovarialhernie mit anderen Teilen des Bauchinhaltes, Dünndarm, Netz findet sich sehr selten.

Das Schicksal der in einen Bruch eingetretenen Ovarien ist ein sehr verschiedenes.

Unter günstigen Verhältnissen können sie sich innerhalb des Bruchsackes normal entwickeln; an und für sich bietet die Dislocation des Ovariums keinen Grund gegen normale Ovulation; ebenso ist nachgewiesen, dass das Ei in normaler Weise in die Tube gelangen kann, sodass es zur wirklichen Konzeption und Gravidität kommt. Allein es sind dies doch

nur die seltneren Fälle, die dislocierten Ovarien sind so viel äusseren Schädlichkeiten ausgesetzt, dass man sie häufig entzündet, ja sogar vereitert gefunden hat. Ohnedies neigen sie nach Virchow an einem abnormen Orte leicht zur Degeneration, sodass sie in ihrem normalen Entwicklungsgang gehindert werden. Die Entartung ist entweder eine krebsige oder cystenartige; andererseits kommen nach Giraldis schon angeboren auffallend häufig in den Ovarien Cysten vor, die sich dann weiter entwickeln.

Englisch fand in seinen 38 Fällen das Ovarium:

in 15 Fällen normal,
in 17 Fällen entzündet,
in 5 Fällen cystenartig und
in 1 Fall krebsig entartet.

Geht man zur Betrachtung der Eigenschaft und der einzelnen Symptome der Bruchgeschwulst über, so muss man auf die Form der Geschwulst, Beschaffenheit der Haut, des Unterhautzellgewebes, die Form und Konsistenz des Inhaltes, dessen Verschiebbarkeit, Empfindlichkeit gegen Druck, Schmerz bei Lageveränderungen, Stellung des Uterus, Erscheinungen während der Menstruation Rücksicht nehmen, wenn man es mit freien nicht eingeklemmten, oder nicht entzündeten Hernien zu thun hat. Ist dieses aber der Fall so kommt dann noch die Gruppe der Incarcerationserscheinungen in Betracht.

Von den einzelnen Eigenschaften hat man mit Recht grosses Gewicht auf die Form der Geschwülste gelegt. Dieselbe hat in allen Fällen die Birnform, wobei das eine Ende, nach dem Leistenkanal zu auffallend verschmälert ist und mit einem dünnen Stiel sich in die Bauchhöhle fortsetzt, das andere Ende, welches nach innen gegen das labium majus gerichtet ist, zeigt sich bedeutend verbreitert, und ist scharf begrenzt.

Treten entzündliche Erscheinungen auf oder wird die Geschwulst durch Entartung vergrössert, so tritt dieser Unterschied noch schärfer hervor.

Bei den Schenkelbrüchen ist die Form weniger deutlich, bei diesen ist sie mehr rundlich.

Die Haut und das Unterhautzellgewebe verhalten sich bei den Ovarialhernien wie bei anderen Hernien.

Die Form und Konsistenz des Inhalts wird eine verschiedene sein, je nachdem man es mit einem unveränderten oder veränderten Ovarium zu thun hat. Ist es unverändert und kann man es deutlich durchfühlen, so erkennt man einen walnussgrossen oder selbst noch grösseren Körper von mehr oder weniger ebener Fläche, den man von drei Seiten umgreifen kann, während er mit seiner vierten Seite fest auf der Unterlage anhaftet. Hat dagegen das Ovarium Veränderungen eingegangen, so hat sich auch die Form des Inhalts geändert; noch schwerer ist das Ovarium zu erkennen, wenn es mit dem Bruchsack verwachsen ist. Von denselben Bedingungen hängt auch die Konsistenz des Inhalts ab.

Ein normales Ovarium fühlt sich gleichmässig derb an, ist es dagegen wiederholt entzündet gewesen, so fühlt es sich auffallend hart an, enthält es Cysten, teilweise weicher, nachgiebig, selbst fluktuierend.

Was die Verschiebbarkeit des Bruchinhaltes anlangt, so hat sich gezeigt, dass bei angeborner Ovarialhernie nur die Minderzahl reponibel ist: denn bei diesen ist die Verlagerung des Ovariums nach aussen gleichsam zu einem normalen Zustand geworden, und durch die Reposition würde man ihm sozusagen nur eine abnorme Lage geben; die erworbenen dagegen sind meist reponibel, wenn nicht etwa die Bruchpforte verkleinert ist oder Verwachsungen des Inhalts mit dem Bruchsacke vorhanden sind.

Ein für die Diagnose sehr wichtiges Symptom ist die Empfindlichkeit der Geschwulst auf Druck, ein Zeichen, das in mehreren Fällen betont wurde und auf die richtige Diagnose verhalf; der Schmerz wurde nicht nur in der Geschwulst wahrgenommen, sondern strahlte auch gegen den Nabel hin aus, oder pflanzte sich längs der lig. lata nach dem Uterus weiter und wurde auch in den äusseren Genitalien empfunden. Aehnliche Schmerzen sollen auch bei Lageveränderungen des Körpers durch die Zerrung des Uterus an den lig. lata hervorgerufen werden; doch wird dies Symptom nur von sehr wenigen angegeben, und von den meisten als richtige Beobachtung bestritten.

Als ein wichtigeres Anzeichen für eine Ovarialhernie wird von v. Winckel die Verlagerung des Uterus mit seinen Anhängen nach der Seite der Hernie hin angeführt, wobei die Vaginalportion nach der entgegengesetzten Seite gerichtet ist; das kann natürlich nur bei einseitiger Hernie der Fall sein, bei doppelseitiger nur unter der Bedingung, dass der Zug auf der einen Seite stärker wäre. Von eben demselben Autor wird auch zur Sicherstellung der Diagnose angeraten, bei bimanueller Untersuchung von der Scheide aus zu ermitteln, ob der Uterus an den Bewegungen, die mit dem Bruchinhalt vorgenommen werden, teilnimmt oder nicht, und so einen Zusammenhang zwischen Bruchinhalt und Uterus zu konstatieren, worauf sich dann auf eine Ovarialhernie schliessen lässt.

Uebereinstimmend wird von allen Autoren das grösste Gewicht auf die Veränderungen, die während der Menstruation auftreten, gelegt. Diese Veränderungen bestehen in Schmerzhaftigkeit und Grössenzunahme während der Regel. Sie finden sich in der Hälfte aller Fälle vorhanden. Schon bevor die Menstrualblutung eintritt, klagen die Patientinnen

über ein Gefühl von Schwere und Ziehen in der Verlagerung, welches sich zuletzt zu grosser Schmerzhaftigkeit steigert. Gleichzeitig nehmen die Kranken wahr, dass die Geschwulst grösser wird, und gegen jede Berührung empfindlich. Aber nicht immer bleiben die Erscheinungen auf die Geschwulst beschränkt, sondern sind mit Uterinkoliken, selbst mit Aufstossen und Erbrechen verbunden. Interessant ist ein Fall von Englisch, wo diese Erscheinungen von seiten der Ovarien während der Schwangerschaft vollständig verschwanden, um nach der Entbindung sofort wieder aufzutreten.

Wie schon oben erwähnt, sind die dislocierten Ovarien mannigfachen Schädlichkeiten ausgesetzt. Druck, Stoss, Schlag, Fall auf die Gegend wird eine Quetschung des Ovariums bedingen, auch schon der Druck beim Gehen kann einen Reiz ausüben. Diese verschiedenen Ursachen können leicht zur Entzündung des Ovariums führen. Einen noch häufigeren Grund dafür geben aber die physiologischen Vorgänge während der Menstruation ab.

Während derselben ist nicht nur das Parenchym des Ovariums in stark hyperämischem Zustand, sondern auch das Peritoneum und der Bruchsack sind dabei beteiligt. Durch die dadurch bedingte Anschwellung wird ein räumliches Missverhältnis zwischen Bruchpforte und Contentum geschaffen, so dass es zur Incarceration kommen kann, und weiterhin zu Entzündung mit den verschiedensten Ausgängen.

In den letzten Tagen der Menstruation nimmt die Hyperämie ab, und damit kann dann auch die Entzündung zurückgehen, sie kann sich aber auch bis zur Eiterung steigern.

Die Eiterbildung erfolgt entweder an einzelnen kleineren Stellen oder in grösserer Ausdehnung und bildet dann einen mehr oder weniger grossen Abscess in der Leistenbeuge.

Der schwerste Ausgang ist Gangränescenz des Ovariums, das sich dann als eine filzige Masse in einem Jauchenherde eingelagert findet. Die umgebenden Hüllen mitsamt der bedeckenden Haut können in alle diese Prozesse, wenn sie intensiv genug sind, mit einbezogen werden. Hervorzuheben ist noch, dass selbst bei Abscedierung sehr selten ein Erguss des Eiters in die Bauchhöhle erfolgt.

Die Erscheinungen, die dadurch hervorgerufen werden, sind entweder örtliche oder allgemeine, jedenfalls nicht stürmische. Komplizierter gestalten sich die Erscheinungen, wenn neben dem Ovarium noch ein Stück Darm vorgelagert ist. Tritt in einem solchen Falle Incarceration ein, so breitet sich der Schmerz rasch über das Hypogastrium und die Nabelgegend aus, der Bauch wird aufgetrieben, das Gesicht verfällt in der eigentümlichen Weise, die Zunge anfangs weiss, wird trocken, rissig, der Puls frequent, klein, Aufstossen, Brechreiz stellen sich ein, Erbrechen erfolgt rasch, und das Erbrochene nimmt endlich den Geruch und das Aussehen von Fäkalmassen an. Es gehen weder Winde, noch Faeces ab. In kurzer Zeit werden die Extremitäten kalt.

Was die Diagnose anlangt, so ist dieselbe leicht, wenn man es nicht mit komplizierten Verhältnissen zu thun hat, und wenn die oben angeführten Erscheinungen wenigstens zum grossen Teil deutlich ausgesprochen sind, anders verhält es sich aber, wenn entzündliche Erscheinungen hinzugetreten sind. In diesem Fall kann die Diagnose sehr schwierig, ja sogar unmöglich werden. Es sind da Irrtümer zuweilen unvermeidlich und so hat man das Ovarium schon für einen einfachen Abscess und für eine entzündete Leistendrüse gehalten, oder man hat auch eine Ovarialhernie für einen einfachen Netzbruch gehalten. Vor einer Verwechslung mit entzündeter Drüse und anderen Geschwulsten kann der Umstand

schützen, dass letztere sich nicht zurückschieben lassen und nie mit den Austrittsöffnungen (Leisten- und Schenkelring) innig zusammenhängen.

Bei den Netzbrüchen findet man immer merkbare Beschwerden in den Verdauungsorganen, während, wie Wulzinger hervorhebt, bei Eierstockbrüchen die Schmerzen in der Genitalsphäre niemals fehlen.

Als das vorzüglichste Differentialsymptom gilt unstreitig die Schmerzhaftigkeit und Grössenzunahme der Geschwulst während der Menstruation, aber diese beiden Symptome können auch nur durch ihr gleichzeitiges Vorkommen wichtig werden: eines für sich allein erlaubt die Diagnose auf eine Ovarialhernie noch nicht. Ebenso schwindet der Wert dieser Erscheinungen ausser dem Zusammenhang mit der Menstruation, dagegen treten in jenen Fälleu, wo Menstruation nicht vorhanden ist, die Bildungsfehler als wichtiges differentielles Symptom ein, denn in keinem Fall kommen dieselben so häufig mit einer anderen Bruchart kombiniert vor, als mit einer Ovarialhernie.

Diese Erscheinungen während der Menstruation, die Bildungsfehler der Geschlechtsorgane, die Schiefstellung des Uterus, wie sie v. Winckel fand, und die Ausstrahlung der Schmerzen in der angegebenen Weise sind die Hauptdifferentialsymptome, die man in zweifelhaften Fällen besonders berücksichtigen muss.

Manche Autoren, namentlich Loumaigne, haben die Uterussonde als ein wichtiges Hilfsmittel bei der Untersuchung und Unterscheidung von Ovarialhernien hervorgehoben, um mittels derselben den Uterus zu bewegen und zu sehen, inwiefern sich die Bewegungen auf die Vorlagerung fortpflanzen, aber abgesehen von den Gefahren, die die Einführung namentlich während der Menstruation bringen kann,

ist der Nutzen für die Diagnose keineswegs so gross als man sich vorstellte.

Wird eine Ovarialhernie durch eine gleichzeitige Darmvorlagerung kompliziert, so wird eine Unterscheidung nur dann möglich, wenn sich die Vorlagerung, welche an zwei verschiedenen Stellen, entsprechend dem Darm und dem Ovarium, verschiedenen Perkussionsschall gibt, teilweise, soweit sie dem Darm angehört, reponieren lässt; denn es wird dann der zurückbleibende Teil die bei der einfachen Ovarialhernie angegebenen Erscheinungen darbieten müssen. Ist dagegen der Darm infolge von Incarceration nicht reponier- oder verkleinerbar, dann ist eine Diagnose der beiden Vorlagerungen unmöglich, denn immer wird der vorgelagerte, eingeklemmte Darm die hervorstechendsten Symptome bedingen, das Vorhandensein des Ovariums immer nur eine Vermutung sein.

Hinsichtlich der Prognose ist hervorzuheben, dass dieselbe von dem Zustand des vorgelagerten Ovariums und der Schwere der begleitenden Erscheinungen abhängt. Im allgemeinen kann sie günstig gestellt werden, was die Erhaltung des Lebens betrifft, nicht so, was die Geschlechtsfunktion anlangt; denn erstens hat ein vorgelagertes Ovarium von selbst die Tendenz zu entarten, zweitens ist dasselbe solchen Schädlichkeiten ausgesetzt, welche die schlimmsten Zufälle herbeiführen können.

Bei der Behandlung muss als erste Regel gelten, wie v. Winckel ausdrücklich erwähnt, dass das Ovarium erhalten bleibt, die Exstirpation wird von ihm nur dann für indiciert angesehen, wenn ein erkranktes Ovarium vorliegt. Die Erhaltung des Ovariums wird vor allem dann zu erstreben sein, wenn die Patientin sich in einem Alter befindet, wo Conception möglich ist, weniger braucht man dies anzustreben, wenn die Patientin dieses Alter überschritten

hat. Für die angebornen Fälle, die an sich nicht reponierbar sind, rät v. Winckel eine die Oeffnung des canal. inquinal deckende Hohlpelotte machen zu lassen, damit der Tumor vor Druck und Einklemmung geschützt sei.

Ein weiteres Verfahren bei Ovarialhernie wäre die Reposition, die umsomehr anzuraten ist, als gerade in dislocierten Eierstöcken leicht Entartung eintritt. Leider ist diese Methode nur bei einer sehr geringen Anzahl von Fällen anwendbar, eben nur bei solchen, wo infolge einer Verlängerung des lig. ovarii eine grössere Beweglichkeit vorhanden ist, und wenn keine Adhaesionen mit dem Bruchsacke bestehen. Bei der Reposition wird man bemerken, dass die Geschwulst auf einmal ohne Gurren und vorausgegangene Verkleinerung verschwindet. Bestehen Verwachsungen, so wird die Reposition, wenn sie überhaupt gelingt, doch erst nach langen fortgesetzten Repositionsversuchen erfolgen, wobei der ganze Bruchsack allmählich mit dem Inhalt zurückgeschoben wird, so dass das zurückgeschobene Peritoneum Zeit hat, sich in der Umgebung der Bruchpforte auszubreiten, um eine Massenreduktion zu verhüten.

Die Reposition muss mit aller Vorsicht ausgeführt werden, um das Ovarium nicht zu schädigen. Nach gelungener Reposition muss wie bei jedem anderen Bruch ein zweckmässiges Bruchband getragen werden. Bei einem angebornen vorgelagerten Ovarium würde man durch die Reposition wie schon oben erwähnt, gleichsam nur eine abnorme Lage schaffen.

Treten in den vorgelagerten Ovarien Entzündungserscheinungen infolge mechanischer Gewalteinwirkung (Schlag, Stoss, Fall) auf, so kann man die Kälte anwenden, beruhen die Erscheinungen aber auf Hyperämie bei der Menstruation, so ist feuchte Wärme vorzuziehen.

Bei Uebergang in Eiterung kommt die Punktion und Incision in Betracht, die letztere kann entweder schichtenweise oder wie bei einem gewöhnlichen Abscess mit einem Male geschehen, jedenfalls möglichst ausgiebig. Was weiter mit dem Bruchinhalte geschehen soll, hängt von der Beweglichkeit und der normalen Beschaffenheit des Ovariums ab. Ist die Reposition nach den früher aufgestellten Regeln möglich, so ist dieselbe das Nächstliegende. Es wird wie bei anderen Brüchen die Bruchpforte erweitert, nur noch ausgiebiger, weil sich das Ovarium nicht verkleinern lässt, und daran gleich die Radikaloperation angeschlossen. Hat dagegen die Eiterung schon auf das Ovarium übergegriffen, so kommt die gleiche Behandlungsweise wie für ein degeneriertes Ovarium in Betracht, nämlich die Exstirpation.

Bei der Operation der Ovarialhernie verfährt man, wie es oben in den beiden Fällen des Herrn Professors Dr. Angerer geschah; kommt die Exstirpation in Frage, so unterbindet man den Stiel der Vorlagerungen an einer Stelle, wo sich keine Degeneration mehr zeigt und durchschneidet denselben unter der Ligatur: ein Verfahren, wie es Herr Dr. Kahlert auch in seinem Falle mit bestem Erfolg angewandt hat.

Inwiefern die Radikaloperation contraindiciert sein kann infolge der nachträglichen Veränderungen, welche an der Operierten eintreten, liegen bis jetzt zu wenig Erfahrungen vor; nur in einem einzigen von Pott beschriebenen Falle wird angegeben, dass die Patientin nach der beiderseitigen Exstirpation den männlichen Habitus angenommen habe.

Zum Schlusse bleibt mir auch noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Angerer für die Ueberlassung der Arbeit, sowie Herrn Dr. Kahlert für die freundliche Unterstützung bei derselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.